

Reembolso Participante
Participant Reimbursement

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE	
IDENTIFICACIÓN EJAS DEL CLIENTE	FECHA

Parte del Personal de la Organización

REVISE EL (LOS) TIPO(S) DE REEMBOLSO(S)	INGRESE EL MONTO
<input type="checkbox"/> Transporte: Boleto / pase de autobús - Cuántos: <input type="checkbox"/> diario / <input type="checkbox"/> semanal / <input type="checkbox"/> mensual	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Tarjeta(s) de combustible - Número de tarjeta:	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Tarjeta ORCA / Recarga ORCA - Número de tarjeta:	\$
<input type="checkbox"/> Ropa (por ejemplo, la ropa, zapatos, botas, uniformes, herramienta necesaria para la entrevista)	\$
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil (por ejemplo, copago CCSP o sin CCSP)	\$
<input type="checkbox"/> Otro: Educación (por ejemplo, examen de equivalencia de preparatoria, examen CNA, capacitación contratada de corto plazo)	\$
<input type="checkbox"/> Otro: Aseo e higiene personal (por ejemplo, pasta dental, shampoo, corte de cabello)	\$
<input type="checkbox"/> Otro: Libros o material escolar	\$
<input type="checkbox"/> Otro: Servicio de emergencia (por ejemplo, vivienda, servicios públicos, reparación de automóvil, etc.)	\$
<input type="checkbox"/> Otro: Cualquier otro trabajo / capacitación con necesidades relacionadas (a continuación se solicita una justificación más detallada)	\$

OPCIONAL: Revise más adelante si se emitió una tarjeta de regalo o algún tipo de pago similar.

Al cliente se le dio un "Adjunto del Recibo de Tarjetas de Regalo" y un sobre de envío prepagado para devolver el recibo(s) de todas las compras.

OBLIGATORIO: Introduzca una justificación por cada tipo de reembolso dado (es decir, el motivo de la necesidad y otros detalles como: cuidado infantil sin CCSP debido a la inhabilitación temporal, por los pantalones para entrevistas, el uniforme obligatorio de capacitación, camisa, zapatos, libros, etc.):

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA AUTORIDAD QUE AUTORIZA
--	-------	--

Declaración y firma del cliente

Entiendo y acepto que:

- Recibí la(s) emisión(es) anterior(es).
- No he recibido el mismo tipo de asistencia en el mes en curso de cualquier otra organización, incluyendo pero no limitando, a otras organizaciones BFET, WorkFirst, LEP Pathways, etc.
- Sólo puedo usar la asistencia proporcionada (incluyendo tarjetas de regalo) por motivos de trabajo o capacitación relacionados con los propósitos descritos anteriormente.
- La venta o el mal uso de este beneficio pueden ocasionar la descalificación de BFET y tendría que devolver los fondos.
- **Devolveré el recibo(s)** de todas las compras de combustible y tarjetas de regalo en caso de recibir un "Adjunto del Recibo de Tarjetas de Regalo".

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
-------------------	-------